

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

27^{Nº}

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul-Marie-René ARNAULD

Né le 21 juillet 1906 à Saint-Denis (Ile de la Réunion)

SUR UNE MODIFICATION
DANS LE PROCÉDÉ ANTÉFUNICULAIRE
DE LA CURE RADICALE
DES HERNIES INGUINALES

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR DELAVIGNE, 2

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul-Marie-René ARNAULD

Né le 21 juillet 1906 à Saint-Denis (Ile de la Réunion)

SUR UNE MODIFICATION
DANS LE PROCÉDÉ ANTÉFUNICULAIRE
DE LA CURE RADICALE
DES HERNIES INGUINALES

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1932

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . . . Pathologie médicale.
 BROCC . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 BUSQUET . . . Pharmacologie.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT . . . Physiologie.
 CHEVALLIER . . . Pathologie médicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FEY . . . Urologie.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 GATELLIER . . . Pathologie chirurgicale.
 De GAUDART D'ALLAINES . . . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HOVELACQUE . . . Anatomie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) . . . Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) . . . Pathologie médicale.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI . . . Neurologie et psychiatrie.
 LIAN . . . Pathologie médicale.
 MILLOT . . . Histologie.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON . . . Histologie.
 OBERLING . . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIEDELIEVRE . . . Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUENU . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils . . . Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 SÉZARY . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VAILLERY-RA-
 DOT (Pasteur) . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE . . . Histologie.
 VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT . . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . . Obstétrique.
 LÉROUX . . . Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU LEMAIRE . . . Parasitologie.
 REPTERER . . . Histologie.
 ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	MATHIEU. . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY. . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT . . .	Clinique chirurgicale.
DEBRE	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
DUVOIR. . . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . .	Clinique chirurgicale.
BASSET. . . .	Clinique chirurgicale.	LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU. . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL. .	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.	METZGER. . . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
LEDOUX-LEBARD	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ.	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

(In memoriam)

A MA TANTE

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS

A MES COUSINS

*Qu'ils trouvent ici l'expression
de mon affection et de ma
reconnaissance profonde.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur LENORMANT.

Professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de Médecine

*Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A Monsieur le Docteur MONCANY

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de Corbeil

*Dont nous avons été l'interne et
qui a bien voulu nous donner
le sujet de ce travail.*

*Nous l'assurons de notre vive
gratitude.*

A Monsieur le Docteur DELANOË

Médecin de l'Hôpital de Corbeil



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Deux procédés de cure radicale des hernies inguinales partagent les chirurgiens. Les uns préférant refaire le canal tel qu'il est à l'état normal avec ses deux ouvertures; abdominale et sous-cutanée, une paroi postérieure musculo-aponévrotique et une paroi antérieure fibreuse entre lesquelles s'insinue le cordon. Toutefois, ce premier procédé que décrivit Bassini en 1889, malgré son élégance anatomique n'a pas rallié tous les suffrages. Nombreux sont en effet les chirurgiens, qui, pour donner plus de solidité à la paroi, reconstituent celle-ci entièrement en avant du cordon. Notre but, dans ce modeste ouvrage, sera de rappeler les diverses méthodes antéfuniculaires et de décrire succinctement un procédé que nous avons vu utiliser à l'hôpital de Corbeil, par le docteur Moncany et qui semble allier à une grande simplicité des résultats heureux.

PARALLÈLE ENTRE LE BASSINI ET LA MÉTHODE ANTÉFUNICULAIRE

Le procédé de Bassini en laissant le cordon à sa place normale, est, non seulement anatomiquement, mais physiologiquement supérieur au procédé antéfuniculaire, disent ses partisans.

Pourtant, dès 1901, Lucas-Championnière écrivait dans le Journal de médecine et de chirurgie : « Je reproche à la méthode de Bassini, dont je suis le premier à reconnaître tous les mérites, quelques incidents la rendant plus difficile et plus délicate que la mienne. Mais surtout, je lui reproche de n'avoir pour résister à l'effort abdominal que deux cicatrices en lignes superposées juste l'une au devant de l'autre. Cette défense par du tissu cicatriciel risque d'être insuffisante ».

Plus près de nous, Marion est plus éclectique. Dans son Traité de technique chirurgicale, il préconise le Bassini dans la hernie oblique externe, mais il ajoute : « La reconstitution de la paroi en cas de hernie inguinale directe doit être faite par un procédé différent de celui que l'on emploie pour la hernie inguinale oblique externe, car il s'agit essentiellement d'une hernie tenant à la faiblesse de la paroi postérieure du canal in-

guinal et étant donné cette faiblesse, la reconstitution par le procédé de Bassini est insuffisante. Pour bien faire, il faut suturer en masse les deux parois du canal inguinal, le cordon passant en arrière d'elles et sortant de l'abdomen, tout à fait en dedans au niveau du pubis ».

A ceci, les défenseurs du Bassini ont répondu que la méthode antéfuniculaire, en rapportant l'orifice interne au regard de l'orifice externe oblige le cordon, en ce point à traverser directement la paroi d'arrière en avant. C'est là, disent-ils, une condition défavorable de résistance de la paroi abdominale, car l'orifice pourra être forcé peu à peu et donner lieu à une hernie directe plutôt qu'à une véritable récidue.

Cette critique semble justifiée, et c'est pour cette raison, qu'on a toujours recommandé, dans les diverses méthodes antéfuniculaires, de laisser au cordon un orifice juste suffisant pour qu'à son passage, il ne soit point comprimé. Voilà aussi pourquoi tous les chirurgiens depuis Wolfler ont insisté sur la nécessité d'abaisser le rideau de défense que constitue le plan musculo-aponévrotique du petit-oblique et du transverse. Ce rideau ne doit pas être abaissé seulement jusqu'à contact de son bord inférieur avec le bord supérieur et postérieur de l'arcade fémorale, mais il semble préférable de le faire recouvrir une certaine partie de cette arcade, mieux, de le faire replier sur cette arcade.

Du reste, comme le fait remarquer le professeur Forgue, le Bassini lui-même ne garantit pas contre la

déhiscence partielle, et il rapporte à ce sujet une statistique de Goldner dans laquelle deux fois cette déhiscence s'est reproduite sur treize récidives après des opérations par le procédé de Bassini. Car « si le point faible des procédés antéfuniculaires est à l'angle inférieur de la suture, l'imperfection du Bassini se trouve à son angle supérieur, et c'est à ce niveau que s'observent les récidives sous la forme de distensions pariétales circonscrites, bombant sous l'effort, lacunes musculaires à développement progressif ». Et il explique ce désavantage par les difficultés qu'on rencontre au niveau de l'orifice inguinal profond, et qui sont dues à la présence des vaisseaux épigastriques. L'artère épigastrique, en effet « contourne la demi-circonférence interne de l'anneau profond, à une distance de quatre à douze millimètres, et la présence de ce vaisseau ne permet pas toujours de rapprocher le premier fil, autant qu'on le devrait, de l'orifice profond. Cet inconvénient n'existant pas, au contraire, dans les procédés qui refoulent le cordon derrière les muscles de la paroi, car ici, c'est au-dessus de cet orifice interne que seront placés les fils qui vont abaisser le panneau musculaire du petit oblique et du transverse ». Au-devant de la fossette inguinale externe, en plus de l'aponévrose du grand oblique, ce plan musculaire fort et résistant viendra s'opposer à l'effort abdominal.

LES PROCÉDÉS ANTÉFUNICULAIRES

1) Procédé de Wolfler

Bassini venait de faire paraître à Padoue le mémoire fondamental qui devait valoir à sa méthode de cure radicale, le grand succès qu'elle a justement mérité, quand un autre chirurgien, Wolfler, décrivit un procédé ayant aussi pour but de renforcer la paroi abdominale affaiblie au niveau de la hernie. Cet auteur, par des recherches contemporaines et indépendantes de celles du chirurgien italien, était arrivé à conclure qu'on augmentait la résistance de la paroi à l'effort abdominal en suturant les deux plans musculo-aponévrotiques en avant du cordon. Il devenait ainsi malgré une technique un peu compliquée (dont il supprima par la suite, certaines erreurs), le véritable promoteur de la méthode antéfuniculaire. Schématiquement, son opération comprenait les quatre temps suivants :

- 1) Suture des muscles petit oblique et transverse à l'arcade, la suture se faisant en bas, le plus près possible de l'épine du pubis, afin de rendre le plus étroit possible, l'orifice du passage du cordon ;

- 2) Après incision de la gaine du droit, suture de la

lèvre extérieure de cette incision au ligament de Poupart ;

3) Par dessus, nouvelle suture : le bord interne de la gaine du grand droit étant rapproché de l'arcade ;

4) Réunion par ses deux bords de l'aponévrose du grand oblique.

2) Procédé de Muguai

En 1891, Muguai ignorant les travaux de Wolfler, recherchait la suppression de l'anneau inguinal profond et utilisait à son tour la méthode antéfuniculaire.

Les premiers temps de son opération se font de la même façon que dans le Bassini, mais une fois la dissection des plans musculo-fibreux terminée, le cordon, au lieu d'être placé en avant d'eux, est au contraire refoulé en arrière dans le tissu cellulaire propéritonéal.

La paroi est ensuite refaite en avant du cordon.

Une anse enserre après les avoir traversés successivement la lèvre supérieure du grand oblique, le bord inférieur du tendon conjoint, transfixe la lèvre postérieure de l'arcade crurale, et contourne celle-ci, puis ses deux chefs sont noués extérieurement.

De cette manière tous les plans : profond, petit oblique et transverse en haut, partie profonde de l'arcade crurale en bas d'une part, les lèvres supérieure et inférieure de l'aponévrose du grand oblique sont fusionnés.

3) Procédé de Ferrari

Les procédés de Wolfler et de Muguai étaient peu connus. C'est à Ferrari que revint le mérite d'avoir

fait entrer le procédé antéfuniculaire dans la pratique chirurgicale.

Le chirurgien de Bologne incisait le fascia transversalis, refoulait le cordon dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, suturait ensuite la triple couche formée par le petit oblique, le transverse et son fascia au bord postérieur de l'arcade de Fallope, par trois ou quatre points, chacun de ces points réunissant les deux plans dans un même fil.

Il reconstituait le grand oblique séparément.

4) **Procédé de Reclus**

Quelques années plus tard, Reclus adoptait le procédé de Ferrari et le modifiait légèrement. Millet, dans sa thèse de 1901, nous décrit comment son maître reconstituait la paroi.

D'abord, c'est la dissection classique des différents plans à la manière de Bassini. Le fascia transversalis, une fois décollé, le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse se laisse facilement abaisser jusqu'au niveau de l'arcade de Fallope. Les divers plans une fois répérés par des pinces, on prend les éléments du cordon et on les place dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, sous le fascia transversalis, puis on suture la paroi en avant du cordon.

L'aponévrose du muscle grand oblique étant maintenue écartée, on traverse avec l'aiguille courbe de Reverdin, dans sa partie haute, la lèvre postérieure de l'arcade de Fallope ; puis, protégeant le cordon avec le

doigt, on passe l'aiguille par-dessus et on l'engage sous le fascia transversalis et le plus haut possible, à travers les trois plans (fascia transversalis, transverse et petit oblique). L'aiguille doit venir ressortir à trois centimètres au-dessus du bord inférieur du muscle petit oblique.

Le premier fil placé, deux ou trois autres fils, traversant exactement les mêmes plans musculo-aponévrotiques, sont posés au-dessous, le dernier se trouvant au-dessus du cordon, formant la limite supérieure de l'orifice qui va remplacer le canal inguinal. On serre ensuite tous les fils. La paroi inguinale est reconstituée. Les deux lèvres du grand oblique sont suturées par une série de catguts, les derniers points se trouvant juste au-dessus du cordon. On termine par quelques crins de Florence placés sur la peau.

5) Procédé de Duplay et Cazin

Signalons, pour mémoire, le procédé décrit en 1896 par Duplay et Cazin. Ceux-ci, pour éviter les fils perdus ont utilisé une série d'anses en U de fils d'argent. L'aiguille, chargeant à deux reprises et à un centimètre de distance, la lèvre inférieure de l'incision cutanée, l'arcade crurale, le petit oblique et le transverse, ramenait successivement à la surface de la peau les deux chefs de l'U dont la courbe répondait à la face superficielle du petit oblique. Ces deux chefs étaient ensuite liés sur bourdonnet

6) Procédé de Villar

Toujours par crainte de l'infection entretenue par les fils perdus, Villar (in thèse Briau, 1906) a fait connaître un procédé analogue qu'il appliquait dans son service de Bordeaux depuis 1896. Il suturait en masse les lèvres cutanées, l'arcade crurale, le petit oblique et le transverse, l'aponévrose du grand oblique.

Une série d'anses à huit ou dix millimètres les unes des autres suturaient en masse les plans préfuniculaires, le dernier fil étant disposé de façon que l'orifice qui donne passage au cordon soit tel que celui-ci ne subisse plus de compression. Villar recommandait, ici, de ne pas trop serrer le crin et de s'assurer avec le doigt que le cordon n'était pas comprimé.

Monod et Vanverts employaient, eux aussi, ce procédé qu'ils décrivaient dans leur Traité de technique opératoire paru en 1908.

7° Procédé de Forgue

Dans la Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale de 1908, le Pr Forgue, après avoir rappelé et fait l'éloge du Bassini, décrivait le procédé qu'il employait depuis 1899.

Il utilise un catgut fort, et passe quatre anses de catgut à travers le bord inférieur de l'arcade crurale en commençant par sa partie externe.

Chargeant ensuite par leur face profonde à deux tra-

vers de doigt de leur bord libre, le petit oblique et le transverse, il ramène le chef supérieur de chaque anse qui est noué avec le chef inférieur dans la concavité de l'arcade.

Le plan aponévrotique du grand oblique est reconstitué, soit par des points en U adossant largement et faisant saillir en crête les deux lèvres aponévrotiques, soit par un surjet au catgut très ajusté, dont les joints sont faufileés à la Lambert.

8° Procédé de Villandre

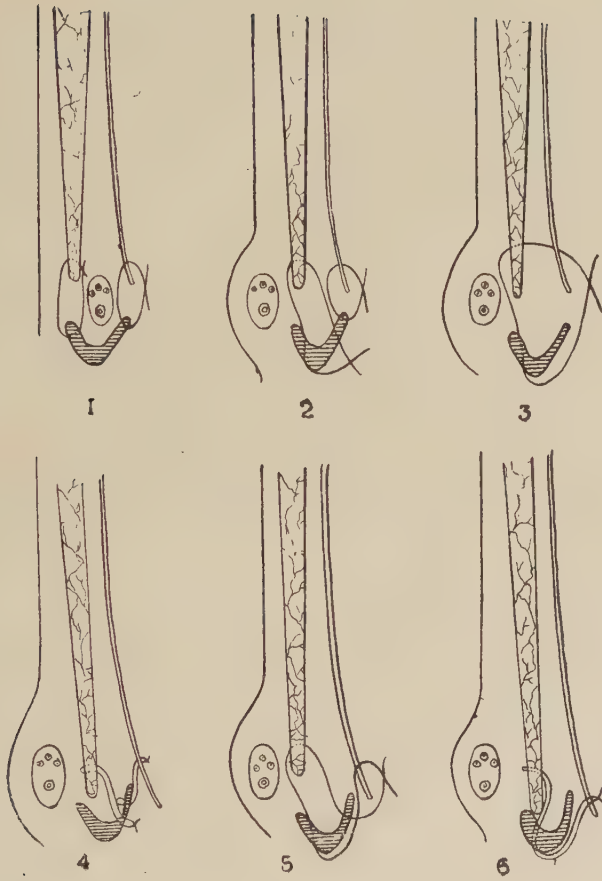
En 1924, le chirurgien Villandre publiait dans *Paris Chirurgical*, un intéressant article sur la cure radicale de la hernie inguinale chez l'homme.

Chez l'adulte, disait-il, il faut combler le trou herniaire, et pour cela :

1) Abaisser en avant de l'orifice inguinal profond les muscles petit oblique et transverse et les rapprocher le plus près possible de l'arcade crurale ;

2) Renforcer la sangle naturelle que constitue le grand oblique en avant du cordon spermatique et dans ce but, il faut doubler la paroi en faisant chevaucher l'une sur l'autre chacune des lèvres de l'aponévrose du grand oblique, afin d'obtenir ainsi un recouvrement analogue à celui d'une redingote boutonnée. Par là même on rétrécira le canal inguinal.

La technique comprendra donc les deux temps suivants :



CLICHÉ. 1

- Schéma 1 (Classique)
- Schéma 2 Ferrari.
- Schéma 3 Muguai.
- Schéma 4 Villandre.
- Schéma 5 Bonnet.
- Schéma 6 Moncany.

a) Trois points en U avec des fils de catgut sont passés dans le petit oblique et le transverse, l'aponévrose du grand oblique au voisinage de l'arcade, et le tissu cellulaire sous-cutané, « de manière à ce que ce dernier fasse un petit matelas élastique lorsque le point sera serré ». Ici, Villandre faisait remarquer qu'il est toujours bon de supprimer les filets de l'abdominogénital, qui risquent d'être pris dans ces ligatures et qui sont souvent la cause de certaines névralgies chez les opérés. Le dernier point en U devra être placé de façon à ne laisser passer que le cordon spermatique, sans toutefois le comprimer sur le pubis.

Pour faire chevaucher les deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique, « deux catguts en U sont passés d'une part dans le bord de la lèvre externe de l'aponévrose et ressortis d'autre part dans le lambeau interne à un travers de doigt et demi du bord libre de ce lambeau. Ils sont alors serrés, de telle sorte que le lambeau externe s'engage sous le lambeau interne, et que le bord libre du lambeau vienne affleurer les points profonds qui ont abaissé le petit oblique et le transverse jusqu'à l'arcade. Comme on a pris soin de conserver les chefs des catguts profonds déjà serrés, il suffit de passer un des deux chefs de chaque point en U dans le bord du lambeau interne et de faire un nouveau nœud pour que le chevauchement en redingote du grand oblique soit boutonné, c'est-à-dire fixé ».

9^e Procédé de Bonnet

Dans la Presse médicale du 6 février 1929, sous la signature de Louis Bonnet nous avons retrouvé le procédé suivant :

Après avoir incisé la peau, ouvert le canal inguinal, dégagé les plans musculo-aponévrotiques, on recherche, ouvre et résèque le sac herniaire et reconstitue la paroi inguinale de la façon suivante :

« a) Passer trois ou quatre anses de fils dans le bord libre du tendon conjoint, perpendiculairement à la direction des fibres ;

b) Repérer l'arcade crurale profonde à l'aide de pinces de Kocher ;

c) Passer les deux chefs des anses précédentes à travers la lèvre inférieure du grand oblique : α) l'inférieur, immédiatement au-dessous de l'arcade crurale, en la rasant (et pour éviter les vaisseaux fémoraux, on fait tendre cette arcade par l'aide, tandis que de la main gauche, on tend la lèvre inférieure du grand oblique) β) le supérieur à un centimètre au-dessus du premier. Nouer après avoir passé tous les fils pendant que l'aide protège le cordon ;

d) Passer les chefs supérieurs à travers la lèvre supérieure du grand oblique, de sa face profonde vers sa face superficielle ; (il est commode pour cela, si l'on emploie une aiguille de Reverdin, de passer le fil dans l'aiguille et de la pousser ensuite à travers l'aponévrose). Faire un deuxième nœud. Si on emploie des crins

comme matériel de suture, on fera, aux deux fois, des nœuds droits et les chefs seront finalement coupés pour ne pas être douloureux ;

e) Surjet graisseux au catgut 00 ;

f) Suture de la peau ».

PROCÉDÉ DE MONCANY

a) Technique

Tous les procédés que nous avons rappelés précédemment ne diffèrent que par certains détails : matériel de suture, adossement des parois, et surtout par la manière dont sont placés et noués les fils de suture.

Pendant notre séjour comme interne à l'hôpital de Corbeil, nous avons vu appliquer un procédé différent peu des précédents, mais inédit, et nous le décrirons tel que le Dr Moncany nous l'a montré.

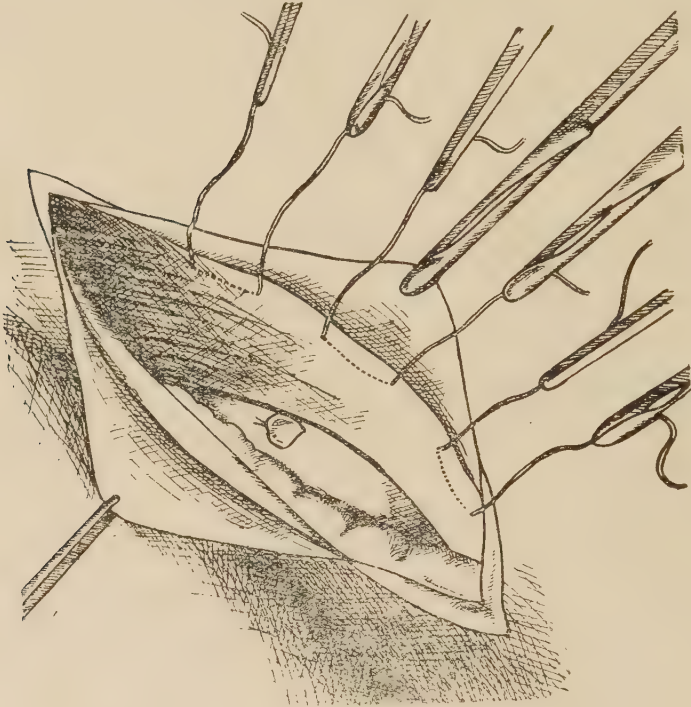
Le premier acte, après section cutanée, est le nettoyage de l'aponévrose d'enveloppe du muscle grand oblique jusqu'à sa jonction avec l'aponévrose du pectiné, nettoyage qui parfois met en évidence une petite hernie crurale qui aurait pu passer inaperçue.

L'aponévrose du grand oblique incisée, la face interne du pilier externe est soigneusement râclée jusqu'au bord postérieur de l'arcade crurale, et sous le pilier interne relevé on met en évidence le tendon conjoint et les aponévroses d'insertion du petit oblique et du transverse.

Le sac herniaire est traité par la méthode habituelle.

Six pinces sont alors préparées, trois de chaque type. Trois pinces de Péan et trois pinces de Kocher.

Trois gros crins solides bien stérilisés suffiront pour



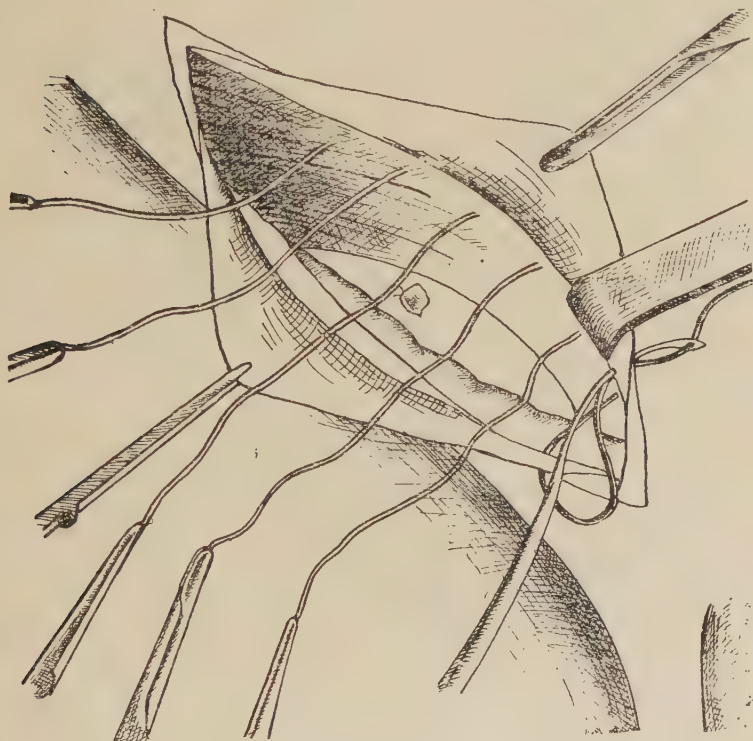
CLICHÉ 2

Les 3 crins en U sont placés successivement de bas en haut sur le tendon conjoint et sur les aponévroses d'insertion du petit oblique et du transverse.

rassembler les plans. Les extrémités de chaque crin sont pincées par deux pinces différentes.

Tandis que l'aide récline en haut et en dedans avec

un écarteur, la peau et la lèvre supérieure de l'aponévrose du grand oblique, l'aiguille courbe de Reverdin



CLICHÉ 3

Le premier chef de l'U inférieur après avoir traversé la partie profonde de l'arcade crurale le plus près possible de son insertion à la crête pectinéale, et en avoir contourné la face inférieure, transfixe de dedans en dehors près de son bord libre l'aponévrose du grand oblique.

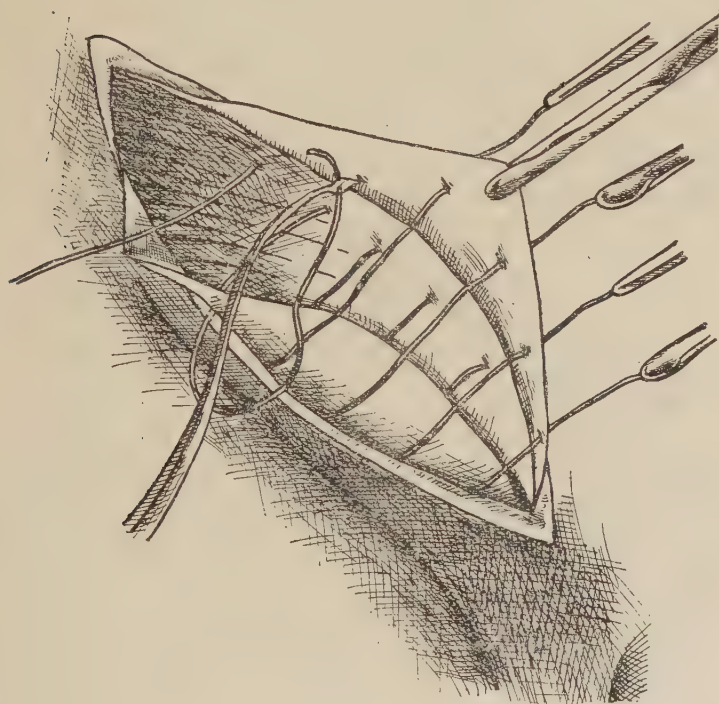
transfixe de bas en haut (hernie droite), ou de haut en bas (hernie gauche) le bord du tendon conjoint à un centimètre environ du pubis, et charge une longueur de

un centimètre de fibres tendineuses. Notons que l'aiguille prend ces tissus un peu obliquement par rapport à la direction de leurs fibres. L'aide présente à l'aiguille l'extrémité d'un crin et le fil passé cette extrémité est repris par la même pince. A peu près à quinze millimètres plus haut, au ras de la terminaison des fibres musculaires, l'aponévrose du petit oblique et du transverse est également chargée sur une longueur de un centimètre. Un nouveau crin est présenté de la même façon et prend dans son anse les fibres tendineuses associées des deux muscles. Un troisième crin est placé à quinze millimètres du second, et les extrémités de ces deux derniers crins sont maintenues par des pinces différentes.

Les six pinces (une pince de Péan alternant sur chaque extrémité des crins, avec une pince de Kocher), sont ensuite réclinées sur la racine de la cuisse. Elles seront reprises une à une, de bas en haut, successivement, Péan, Kocher, ou réciproquement.

L'aide met alors en évidence avec l'écarteur le bord profond de l'arcade fémorale, et successivement de dehors en dedans, à un centimètre au dessus du pubis, l'aiguille traverse cette arcade, embrochant le fond de la gouttière, là où les fibres sont le plus épaisses et le plus résistantes et charge le crin le plus bas. L'aide gardant en main la pince libérée, le chirurgien, après avoir retiré l'aiguille et attiré le crin en dehors, sans ouvrir le chas, contourne la face externe de l'arcade et traverse de dedans en dehors la lèvre supérieure de l'aponévrose du grand oblique, à quelques millimètres

de son bord libre. Le crin est alors repris par la pince qui lui est destinée.



CLICHÉ 4

Les quatre chefs des deux premiers crins ont accroché en crampons de gouttière l'arcade crurale et ont perforé près de son bord libre la lèvre supérieure du grand oblique, et ont été repérés successivement par les pinces alternées. L'aiguille chargée du chef inférieur du troisième crin en U va transfixer cette lèvre supérieure.

Le même geste est répété pour les cinq autres chefs des crins en U, qui, après avoir englobé la presque totalité de l'arcade de Fallope, passent en dehors de la

lèvre inférieure de l'aponévrose du grand oblique, et viennent ressortir au même niveau que le premier crin, au dessus de la lèvre supérieure de cette aponévrose. Chaque chef est repris par une pince, dans le même ordre, vers la ligne médiane.

Les deux chefs de chaque crin sont ensuite liés fortement, en commençant par le crin externe.

Les bords de la plaie sont ensuite rapprochés par des agrafes de Michel.

b) Ses avantages.

Ce temps opératoire nécessite quatre ou cinq minutes au maximum.

Ses avantages nous paraissent : sa rapidité, sa simplicité, car il n'utilise que trois crins et ne nécessite que trois nœuds. Ces nœuds restent superficiels sous la peau, faciles à retrouver en cas exceptionnel où surviendrait une suppuration que le crin entretiendrait.

Les accollements des parois par points en U se font largement par des surfaces et non par des angles comme la fixation par points ordinaires. C'est là un avantage que plusieurs techniques antérieures présentaient.

Ce n'est pas le muscle qui est mis au contact de l'arcade crurale, mais du tissu aponévrotique plus résistant, tandis que le tissu musculaire tassé en arrière, capitonne la paroi au niveau de la cicatrice.

Comme dans le vieux procédé de Lucas Championnière, les deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique sont imbriquées largement en paletot.

Ce procédé de kélotomie, même pratiqué bilatéralement, est bien toléré, et l'abaissement à l'arcade du tissu aponévrotique du tendon conjoint est rarement



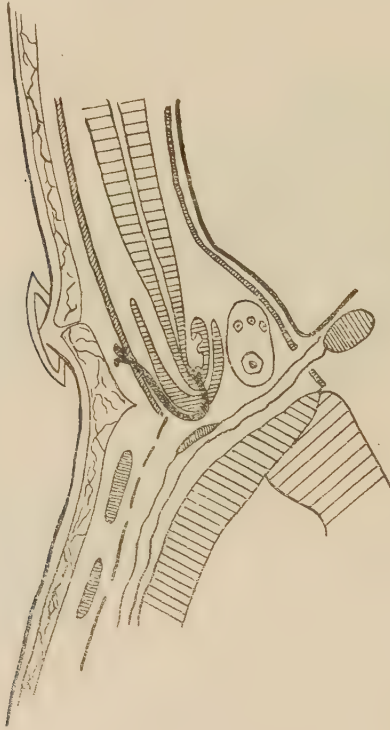
CLICHÉ 5

Les deux chefs de chaque crin en U sont noués superficiellement, imbriquant en redingote les deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique.

impossible. Cependant dans un petit nombre de cas, la largeur de l'anneau inguinal, l'étroitesse de l'aponévrose du petit oblique et du transverse ont nécessité

l'adossement, par le même procédé du tissu musculaire lui-même à l'arcade crurale.

Dans le cas de hernie bilatérale, malgré une certaine



CLICHÉ 6

Coupe antéro-postérieure, après l'opération, montrant le rideau de défense musculo-aponévrotique abaissé et sa partie inférieure tassée au fond de la gouttière de l'arcade crurale.

traction nécessaire, le procédé a toujours été applicable.

Son auteur l'a appliqué chez l'enfant avec du fil de lin ou du catgut à digestion lente.

c) Ses résultats.

Depuis 1925, ce procédé a été appliqué dans 515 cas de hernies inguinales, les unes simples, les autres doubles, rarement dans les cas de hernies étranglées où un matériel de suture non résorbable risque d'être mal toléré.

Dans aucun cas, il n'a été observé de gêne particulière pour abaisser en rideau le plan aponévrotique interne et l'accoler à l'arcade crurale.

A plusieurs reprises la nécessité de réduire au minimum le calibre de l'orifice externe du canal inguinal a provoqué une tuméfaction passagère dans la bourse correspondante, tuméfaction que la surélévation sur planchette a fait rapidement disparaître.

Bien qu'il soit impossible de revoir tous les cas opérés, il semble que les récurrences soient relativement exceptionnelles.

Nous en avons relevé 5 cas. Les premières causées par la conservation d'un anneau trop large et que la mise en place de l'anse inférieure sur le tendon conjoint, presque au ras du pubis, doit permettre d'éviter.

Un autre cas plus récent, opéré en février 1930 et réopéré en novembre 1931 a permis de sentir sous la peau un nœud de crin adhérent au pilier interne par déchirure probable ou usure de l'insertion au pilier externe.

L'opération a montré qu'en effet, deux chefs de crins s'étaient complètement libérés de la portion de l'arcade qu'ils suturaient et s'étaient fixés au bord du pilier

externe. Un petit sac épais, de hernie directe de 4 centimètres de longueur, s'étant reconstitué.

Dans les cas de récidives, soit de hernies opérées une première fois par lui-même, soit de hernies de toute autre provenance, le docteur Moncany a pu facilement utiliser son procédé dans des circonstances où les modifications anatomiques, apportées par le traitement antérieur, auraient rendu difficile l'emploi du Bassini.

CONCLUSIONS

En décrivant parmi beaucoup d'autres une simple modification d'un procédé de réfection pariétale antéfuniculaire de la hernie inguinale, nous n'avons voulu que faire connaître une simplification dont nous avons relaté et résumons encore les avantages.

Avantages de technique :

Rapidité, facilité, simplicité.

Avantages anatomiques :

Adossement large des plans aponévrotiques profonds et union intime de tous les plans du rideau au fond de la gouttière de l'arcade crurale.

Ajoutons enfin, que nous avons pu nous-même examiner un certain nombre d'opérés et constater chez eux les bons résultats tardifs.

Vu, le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu, le Président de la thèse
LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

AGIER. — Cure radicale de la hernie inguinale (*Thèse de Lyon*, 1898).

BASSINI. — Archiv. f. Klin. chir., 1890, f. 429.

BERGER. — Cure radicale des hernies (*Revue des Sciences médicales*, octobre 1888).

BOUVERET. — Anatomie et traitement des hern. inguin. (*Thèse de Montpellier*, 1906).

BONNET. — La Presse Médicale, 6 février 1929).

CADENAT. — L'Hôpital, mars 1929.

DEFONTAINE. — Procédé de cure radicale des hernies, sans fils perdus (*Revue de gynécol et de chir.*, 1897).

DEGORGE. — De la suture en un seul plan dans la laparotomie et la cure rad. des hernies inguinales (*Thèse de Paris*, 1899).

DUPLAY et CAZIN. — Nouveau procédé de cure rad. des hernies (*Semaine Médicale*, 1896).

FAURE J. L. — Sur un nouveau procédé de cure des hernies sans fils perdus (*Presse Médicale*, 1898).

FERRARI. — Gazzetta degli ospitali, 5 novembre 1895).

FORGUE. — Choix du procédé de la cure radicale (*Revue de Gynécol. et de chir. abdominale*, 1908).

GIBERT. — Des suppurations dans la cure rad. des hern. inguin. (*Thèse Paris*, 1899).

GIRON. — Sur un nouveau procédé sans fils perdus (*Thèse Bordeaux*, 1898).

JONNESCO. — Procédé sans fils perdus (*Congrès international de Moscou*, 1897).

LE BRUN. — De la cure rad. de la hernie inguinale (*Thèse Nancy*, 1890).

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Cure rad. des hernies (*Journal de Méd. et de Chir.*, 1886-1901).

MILLOT. — Procédé de Bassini Ferrari (*Thèse de Paris*, 1901).

MOLLIÈRE. — Valeur de la cure des hern. au point de vue de la guérison définitive.

MONOD. — Traité de technique chirurgicale, 1908.

MUGUAI. — *Riforma medica*, 1891.

PANCOT. — Cure radicale de la hern. ing. par le Bassini et ses dérivés (*Thèse de Bordeaux*, 1897).

PATEL. — Les hernies (*Traité*).

POUCHET. — Sur un nouveau procédé (*Thèse Lyon*, 1904).

POSTEMPSKI. — *Archiv. della Soc. ital. de Chirurg.* 1887.

REILLE. — Thèse de Paris, 1898.

ROCHARD. — Les hernies (*Gazette des Hôpitaux*, octobre 1905).

SEGOND. — Thèse d'agrégation, Paris 1888.

VILLANDRE. — *Paris Chirurgical*, 1924, n° 4.

VILLAR. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1894).

WINEMANS. — De la cure radicale des hernies dans l'armée, 1897, Orléans.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	9
Parallèle entre le Bassini et la methode antéfuniculaire ..	10
Les différents procédés antéfuniculaires	13
Procédé de Moncany.....	23
<i>a)</i> Technique	23
<i>b)</i> Ses avantages	28
<i>c)</i> Ses résultats.....	31
Conclusions.....	33
Bibliographie.....	35

1932. Saint-Amand (Cher). — Imprimerie A. CLERC.
